

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ОТ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Буктор Адель

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Тазовая хирургия, решая целый ряд проблем клинического плана у пациенток, приводит к широкому спектру осложнений различного характера. Наиболее частыми осложнениями являются различные функциональные нарушения органов малого таза и репродуктивной системы женщины. С другой стороны, не менее значимыми и мучительными для пациентки является формирование синдрома хронической тазовой боли.

Хроническая тазовая боль – это вторичная боль, длительная по продолжительности, с нечеткой локализацией. Объективное гинекологическое исследование не определяет органические изменения в органах малого таза.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты, сроков

возникновения и зависимости от объемов хирургического вмешательства синдрома хронической тазовой боли у гинекологических больных.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач в исследование были включены 531 женщина с различными оперативными вмешательствами на органах репродуктивной системы в различные возрастные периоды.

Формирование стойкого болевого синдрома в области таза после операции выявлено у 147 женщин (27,7%), отсутствие болей – 384 женщин (72,3%).

Средний возраст женщин 43; (29-47) у женщин с болевым синдромом против 47; (38-53) у женщин у которых после операции не развился послеоперационный синдром тазовых болей.

Из исследования были исключены женщины на момент операции имеющие хронические тазовые боли. Время формирования стойкого болевого синдрома после операции 6,00, (0,25 -1,10) месяцев.

Важным моментом, с нашей точки зрения, был вопрос о частоте возникновения синдрома у женщин в зависимости от методики выполнения вмешательства – лапаротомия или лапароскопия. Поскольку вопрос о «конкурентности» этих подходов в литературе в сравнительном плане обсуждается постоянно. Болевой синдром после лапароскопии возникал в 20,4 % (30 женщин) и у 117 женщин после лапаротомных операций 79,6%. Частота развития болевого синдрома в зависимости от объемов вмешательства отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Развитие болевого синдрома в зависимости от объема оперативного лечения

Объем операции	Абсолютное число	Относительное число
Экстирпация матки с билатеральной овариозэктомией	16	10,9
Экстирпация матки с резекцией яичника	9	6,1
Экстирпация матки с односторонней овариозэктомией	8	5,4
Экстирпация матки с двусторонней сальпингоэктомией	6	4,1
Экстирпация матки	11	7,5
Надвлагалищная ампутация матки с резекцией яичника	6	4,1
Надвлагалищная ампутация матки	2	1,4
Надвлагалищная ампутация матки с билатеральной овариозэктомией	12	8,2
Односторонняя овариозэктомия	12	8,2
Билатеральная овариозэктомия	2	1,4
Односторонняя овариозэктомия с резекцией яичника	3	2,0
Односторонняя овариозэктомия с консервативной миомэктомией	4	2,7
Сальпингоэктомия с консервативной миомэктомией	4	2,7
Двусторонняя сальпингоэктомия	9	6,1
Сальпингоэктомия	31	21,1
Резекция яичника (РЯ)	7	4,8
РЯ+коагуляция очагов эндометриоза	5	3,4

Результаты и обсуждение. Наиболее значимыми, с нашей точки зрения, полученными результатами является информация о частоте развития стойкого

болевого синдрома: у почти 30% женщин после гинекологических операций. Этот факт свидетельствует о том, что сегодняшняя ситуация, которая характеризуется как «агрессивная гинекология» требует переосмысления ряда показаний. Это прежде всего, означает не всегда обоснованное расширение показаний к оперативному лечению (чаще всего при необоснованном онкологическом риске). Полученные нами данные свидетельствуют о том, что это приводит не только к «органокалечащим» вмешательствам на органах репродуктивной системы, выраженным вторичным нарушениям репродуктивной системы, но и сформировано у каждой третьей оперированной пациентки хронической тазовой боли.

Чрезвычайно интересными являются данные о сроках возникновения стойкого болевого синдрома после перенесенных гинекологических операций. Вероятно, полученные результаты, позволяют делать вывод о том, что формирование патофизиологических механизмов хронической тазовой боли происходят в первые шесть месяцев от проведенного вмешательства. Это определяет необходимость проведения различных реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде. Анализ таблицы показывает на то, что четко просматривается тенденция к более выраженному развитию болевого синдрома при операциях на придатках матки или сочетании объемных вмешательств на матке в сочетании с операциями на придатках.

Выводы. Углубленное обследование пациенток с синдромом хронической тазовой боли позволяет детализировать сроки, частоту и зависимость развития стойкого болевого синдрома, связанного с хирургическим лечением органов репродуктивной системы. Высокая частота послеоперационной хронической тазовой боли позволяет ставить вопрос об обоснованности вмешательств. Реабилитационное лечение такие пациентки должны получать максимально рано после вмешательства (не позже 6 месяцев послеоперационного периода).
Литература:

1 Дифференциальная диагностика хронических тазовых болей у женщин в свете синдрома тазового венозного полнокровия / С.Г. Гаврилов [и др.] // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2006. – № 4. – С. 49-53.

2 Хроническая тазовая боль: руководство для врачей / под ред. А.Н. Беловой. В.Н. Крупина. – Москва, 571 с.